UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 46

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ARTHRITES ET OSTÉO-ARTHRITES SUPPURÉES DU POIGNET

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Décembre 1934

PAR

**Bernard-Hippolyte GÉNIAUX**

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né le 21 Août 1908 à Quimper (Finistère)

**Examinateurs de la Thèse** :

MM. ROCHER, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur ..... ..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... }

DUFOUR, agrégé ..... }

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0013

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 46

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ARTHRITES ET OSTÉO-ARTHRITES SUPPURÉES DU POIGNET

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Décembre 1934

PAR

**Bernard-Hippolyte GÉNIAUX**

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né le 21 Août 1908 à Quimper (Finistère)

**Examinateurs de la Thèse** :

MM. ROCHER, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur ..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... }

DUFOUR, agrégé ..... }

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. DUPÉRIÉ |
| Clinique chirurgicale | BEGOUIN. |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | GUYOT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARLES. |
| Clinique d'accouchements | ANDERODIAS. |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique | SABRAZES. |
| Anatomie | VILLEMIN. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. |
| Hygiène | LEURET |
| Médecine légale et déontologie | LANDE |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale | RÉCHOU |
| Chimie | CHEVALLE. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. |
| Pharmacie | DUPOUY. |
| Zoologie et parasitologie | MANDOUL |
| Médecine expérimentale | AUBERTIN. |
| Clinique ophtalmologique | TEULIÈRES |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ROCHER |
| Clinique médicale des maladies des enfants | CRUCHET |
| Chimie biologique et médicale | DELAUNAY |
| Physique médicale et pharmaceutique | SIGALAS. |
| Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques | BONNIN |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | PETGES. |
| Clin. des mal. des voies urinaires | DUVERGEY |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales | ABADIE |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT |
| Hydrologie thérapeutique et climatolcgie | CREYX |
| Clinique dentaire | CAVALIE. |

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | DUBECQ. |
| Anatomie | DUFOUR. |
| Physiologie | FABRE. |
| Médecine générale | DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN |

| | MM |
|---|---|
| Chirurgie générale | CHARRIER. LOUBAT. |
| Obstétrique | RIVIERE. |
| Ophtalmologie | BEAUVIEUX |
| Oto-Rhino-Laryngologie | DESPONS |
| Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA. |
| Physique médicale | WANGERMEZ |
| Chimie générale pharmaceutique et toxicologie | VITTE. |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. |
|---|---|
| Physiologie | FABRE |
| Médecine opératoire | PAPIN |
| Accouchements | PERY. |
| Pathologie médicale | DELMAS-MARSALET. |
| Ophtalmologie | CABANNES (en congé |
| Puériculture | FAUGERE |
| Pharmacie chimique | VITTE |
| Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS. |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

LE DOCTEUR H. GENIAUX

---

A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

---

A MES GRAND' MERES

---

A MON FRERE

LE DOCTEUR P. GENIAUX

---

A MA BELLE-SŒUR

---

A TOUS LES MIENS

aux Docteurs Jean COURDURIER et Maurice ROUX

---

A MES AMIS

---

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

---

A MES MAITRES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

---

Au Docteur LE BOURGO

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE

*Il nous a inspiré le sujet de cette thèse pour laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses précieux conseils.*

*Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.*

## A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H.-L. ROCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
MEMBRE DES SOCIÉTÉS INTERNATIONALES
DE CHIRURGIE ET D'ORTHOPÉDIE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
MEMBRE DES SOCIÉTÉS ITALIENNE ET BELGE D'ORTHOPÉDIE
MEMBRE DES SOCIÉTÉS DE PÉDIATRIE DE PARIS ET DE MADRID
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respect et de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.*

## INTRODUCTION

Si le traitement des arthrites suppurées en général a été l'objet d'un grand nombre de mémoires, celui des arthrites suppurées du poignet en particulier, n'a jamais éte envisagé dans un travail d'ensemble jusqu'à ce jour. Seuls, y ont été consacrés des articles disséminés dans la littérature. A l'occasion de deux observations inédites dues à M. le professeur Rocher, rassembler ces articles, les analyser, les commenter, en tirer quelques conclusions pratiques a été le but que nous nous sommes proposé.

Nous avons volontairement limité notre sujet : les arthrites suppurées tuberculeuses et gonococciques ont une évolution si différente des arthrites suppurées à pyogènes banaux, et exigent une thérapeutique si particulière, que nous les avons complètement éliminées. D'ailleurs, les traités qui leur sont consacrés, celui d'Ollier pour les arthrites tuberculeuses, celui de Mondor pour les arthrites gonococciques, en ont si magistralement fixé la pathologie et le traitement qu'ils rendent inutile l'esquisse que nous aurions pu en tracer.

## ETIOLOGIE. FREQUENCE

Les arthrites suppurées du poignet rentrant dans le cadre de cette étude sont extrêmement rares. Les observations publiées depuis l'année 1900 sont, en effet, en très petit nombre et presque tous les Maîtres des hôpitaux que nous avons consultés à ce sujet, n'en ont jamais rencontré au cours de leur vie professionnelle.

Elles ressortissent à trois sortes de mécanismes.

**1° L'infection articulaire par effraction.**

Ce seront donc des arthrites traumatiques qui relèveront de plaies articulaires de guerre, ou de la pratique civile. Quelle que soit la variété, plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants, plaies par balles, éclats d'obus, l'évolution sera exactement la même, si elles sont insuffisamment ou trop tardivement traitées.

**2° L'infection articulaire par lésion suppurée ou infectieuse de voisinage.**

Le phlegmon des gaines des fléchisseurs, consécutif soit à un panaris, soit à une piqûre septique inoculant directement la gaine, était souvent autrefois à l'origine d'une arthrite suppurée du poignet. Depuis que Lecène a préconisé la grande incision antibrachio-palmaire avec section du ligament annulaire antérieur comme traitement du phlegmon, l'arthrite est devenue très rare.

L'ostéomyélite de l'extrémité inférieure d'un des deux os de l'avant-bras semble ne jamais avoir de complication arti-

culaire au niveau de la radio-carpienne, si l'on en juge par l'absence totale d'observation.

### 3° L'infection articulaire d'origine hématogène.

*a*) Tout foyer d'infection : un furoncle, un anthrax, un érysipèle, une otite, etc... peut entraîner une embolie microbienne avec localisation sur une synoviale articulaire. Ce sont des arthrites pyohémiques. Nous en avons trouvé une observation intéressant le poignet.

*b*) Les maladies infectieuses, avec une inégale fréquence il est vrai, peuvent présenter des complications articulaires qui se caractérisent, soit par de simples arthralgies, soit par des épanchements séreux, louches ou puriformes. Ces épanchements ont été très étudiés au point de vue bactériologique. Ils sont fréquemment amicrobiens. Si un germe y est décelé, on se trouvera en présence d'une arthrite ou spécifique, c'est-à-dire de même nature que la maladie originelle ou non spécifique, à streptocoques banaux le plus souvent, quelle que soit l'affection primitive.

Les arthrites à pneumocoques sont indiscutablement les plus classiques. Elles apparaissent pendant ou après une pneumonie, broncho-pneumonie, grippe. Elles atteignent surtout le genou, l'épaule, le coude. Elles sont très graves, mais le danger est moins dans la détermination articulaire, que dans le fait qu'elles traduisent une septicémie dont les complications viscérales (pleurésies purulentes, méningites, péricardites), sont le plus souvent mortelles.

Quant aux autres arthrites médicales, qu'elles soient spécifiques à méningocoques ou à bacilles d'Eberth, qu'elles soient non spécifiques, complications d'une rougeole, d'une varicelle, d'une scarlatine, de l'infection ourlienne, leur pronostic est habituellement bénin; leur traitement en est facile pour les grosses articulations puisque, la simple ponction, l'arthrotomie, la vaccinothérapie ou la sérothérapie spécifiques, suffisent en général à les guérir.

Il nous est malheureusement bien difficile de préciser le traitement de ces arthrites hématogènes au niveau du poignet, puisque pendant ces trente dernières années une seule observation en a été publiée et que de plus devant la gravité du cas, l'amputation fut immédiate.

## RAPPEL ANATOMIQUE

Ce chapitre de notre thèse ne prétend être ni une étude détaillée de l'anatomie du poignet, ni même une revue générale inspirée des diverses descriptions qui en ont été données. Nous ne chercherons qu'à exposer dans leurs grandes lignes, des faits qui, secondaires en anatomie normale, prennent une grande importance en pathologie chirurgicale.

Le squelette du poignet est constitué au point de vue physiologique et surtout clinique par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus et par l'ensemble des os du carpe. Tous ces os sont réunis par des ligaments et particulièrement par un grand manchon fibreux qui s'étend du rebord articulaire du radius et du ligament triangulaire jusqu'au carpe et au métacarpe. A l'état normal, cette gaine adhère assez fortement au périoste des os qu'elle englobe. Elle est recouverte par toutes les parties molles : muscles, nerfs, artères et surtout tendons qui, entourés de leurs synoviales, sont en rapport intime avec elle. C'est, cette particularité anatomique qui a permis à Ollier d'employer la méthode sous capsulo-périostée dans la résection du poignet.

Les différentes parties constituantes du poignet s'articulent entre elles. Ces articulations ont trois grands caractères : elles sont très nombreuses, très serrées et très sinueuses.

L'articulation radio-carpienne est celle qui réunit la première rangée des os du carpe d'une part, au radius et au cubitus d'autre part. Elle possède une synoviale qui communique parfois avec ses voisines. Ces communications ont été étudiées par Poirier.

« La plus fréquente est celle avec la synoviale de l'articulation piso-pyramidale (36 fois sur 67). Un peu moins souvent (27 fois sur 67), s'observe celle avec l'articulation radio-cubitale inférieure. Beaucoup plus rare, est la communication avec la synoviale médio-carpienne (8 fois sur 67). Dans ces cas c'est par l'interstice scapho-lunaire que les synoviales entrent en relation. »

La synoviale médio-carpienne est une longue cavité qui s'étend du bord interne au bord externe du carpe. Elle émet deux prolongements ascendants, qui forment les synoviales des articulations du semi-lunaire avec le scaphoïde et le pyramidal. Elle émet également trois prolongements descendants qui, en s'insinuant entre les quatre os de la deuxième rangée du carpe constituent les synoviales des trois articulations correspondantes. La médio-carpienne communique habituellement par leur intermédiaire, avec les synoviales carpo-métacarpiennes.

Toutes les synoviales de la main, depuis la radio-carpienne jusqu'aux carpo-métacarpiennes, pourront parfois former une cavité unique. Dès lors, l'infection atteignant un point quelconque de la synoviale, la généralisation sera très rapide, les symptômes très accusés et la technique opératoire très particulière.

Rappelons, que le cartilage de conjugaison radial aussi bien d'ailleurs que le cartilage cubital sont extra-capsulaires, qu'ils ont donc peu de rapport avec l'articulation radio-carpienne. Une ostéomyélite juxta épiphysaire du radius ou du cubitus pourra par conséquent laisser l'articulation indemne.

Rappelons, d'autre part, cette notion classique que les épiphyses inférieures du radius et du cubitus sont les épiphyses fertiles des os de l'avant-bras. Il en résulte, qu'en règle générale, la résection de l'extrémité inférieure de ces deux os doit, autant que possible, ne pas être pratiquée avant l'âge de vingt ans, cette résection entraînant après elle un arrêt considérable du développement de l'avant-bras.

Les tendons des longs fléchisseurs glissent, au niveau de la région antérieure du poignet et à la région palmaire, dans deux synoviales qui s'étendent à peu près jusqu'à l'extrémité des doigts extrêmes. Ce sont les synoviales digito-carpiennes, par opposition aux synoviales digitales qui répondent seulement aux phalanges des autres doigts.

Ces gaines tendineuses sont habituellement indépendantes, parfois cependant elles peuvent communiquer au niveau du poignet.

Mais fait beaucoup plus important, et ici nous citerons la description de Schrvartz « au niveau de la gouttière carpienne il y a union intime du feuillet pariétal des gaines, surtout le long des parois interne et externe, avec les ligaments et le périoste de la face antérieure des os du carpe. Insistons surtout sur le rapport intime du feuillet pariétal de la gaine synoviale interne avec l'os crochu. Le feuillet et le périoste de cet os ne font pour ainsi dire qu'une seule membrane. La destruction de l'un s'accompagne toujours de la destruction de l'autre. On comprend très bien que, la synoviale étant enflammée et suppurée, il y ait propagation directe par le périoste et les ligaments aux articulations qui communiquent parfois entre elles. »

Pour conclure : les articulations du poignet sont très nombreuses, très serrées et disposées en mosaïque. De ceci découlent déjà les principes suivants : la ponction et l'arthrotomie seront manifestement insuffisantes comme traitement d'une arthrite suppurée. Pour être complet, c'est-à-dire efficace, ce traitement devra être basé sur les dispositions anatomiques très spéciales de cette articulation.

## SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC

A côté des signes classiques de l'inflammation : rougeur, douleur, tumeur chaleur, les symptômes d'une arthrite suppurée du poignet qui semblent les plus caractéristiques sont :

1° L'état général grave ;

2° Les douleurs considérables provoquées par les mouvements actifs et passifs ;

3° Les craquements ostéo-articulaires.

Cette symptomatologie est en vérité bien imprécise et l'on comprend qu'un diagnostic soit parfois assez difficile à établir. Il l'est tout particulièrement dans certains cas. Lorsque l'arthrite suppurée apparaît à la suite d'une plaie articulaire infectée, il peut être malaisé de déterminer, au début tout au moins, si le processus inflammatoire siège dans la synoviale, au niveau des os, ou dans les tissus péri-articulaires. De même, si l'arthrite est la complication d'un phlegmon des gaines des fléchisseurs, ses symptômes seront souvent masqués par ceux de l'affection primitive.

Le diagnostic « d'arthrite suppurée » n'est pas suffisant. Toutes les arthrites en effet, ne sont pas identiques et le même traitement ne peut être généralisé. Il est donc indispensable d'établir une hiérarchie dans la gravité de l'affection à laquelle correspondra une hiérarchie dans l'importance du traitement.

Quel peut être l'élément susceptible de nous servir de base dans l'appréciation de la gravité d'une arthrite ?

Les caractères cliniques d'une arthrite suppurée représentés par la rougeur, la douleur, la tuméfaction, les craquements

ostéo-articulaires ne peuvent être envisagés. L'évaluation de leur importance est trop sujette à l'erreur.

Les caractères anatomo-pathologiques sont-ils capables d'être utilisés comme principes fondamentaux dans cette classification de gravité des arthrites ? En général on réserve le terme de synovite à l'infection primitive de l'articulation et celui d'ostéo-arthrite à l'atteinte simultanée de la synoviale et du tissu osseux. La synovite est évidemment beaucoup moins grave que l'ostéo-arthrite.

Au niveau des grosses articulations, le genou par exemple, le diagnostic de la lésion originelle est en général facile. Il est important car il entraînera, selon les cas, des techniques opératoires différentes.

Ce diagnostic est absolument impossible au poignet, quels que soient les procédés cliniques ou scientifiques employés : ses conséquences thérapeutiques seraient d'ailleurs minimes. La technique opératoire employée par le chirurgien qui se trouvera en présence d'une arthrite suppurée du poignet, sera subordonnée, non pas à la nature anatomo-pathologique des lésions, mais à leur étendue et à leur localisation anatomiques.

Différents cas pourront donc se présenter. Ou bien l'arthrite, l'ostéite évolueront dans une zone limitée des os et articulations. Ou bien elles seront généralisées, ou enfin, les lésions dépassant les limites de la capsule, des fusées purulentes infiltreront la main et l'avant-bras. Dans ces cas extrêmes le diagnostic d'étendue se fera facilement. En sera-t-il de même pour une arthrite au début ? La synoviale radio-carpienne est-elle seule atteinte ? L'infection a-t-elle déjà envahi toutes les articulations du carpe ? La radiographie, la palpation, etc... ne seront d'aucune utilité ou ne donneront que des renseignements très insuffisants.

Pour conclure : ce ne sera qu'au cours de l'intervention que le chirurgien pourra préciser l'étendue des lésions. Nous en étudierons les conséquences au chapitre : « Conduite à tenir. »

## OBSERVATIONS

Nous avons classé nos observations d'arthrites suppurées du poignet en trois catégories :

1° Arthrites pyohémiques;

2° Arthrites par « contiguïté » consécutives à des lésions infectieuses ou suppurées de voisinage;

3° Arthrites traumatiques.

### I. Arthrites pyohémiques.

#### Observation I

(Laporte-Bernardbeig, *Toulouse médical*, 1933, p. 227) (résumée).

*Arthrite purulente du poignet, complication d'une otite chez un diabétique. Amputation. Mort.*

Quatre semaines après avoir présenté une otite moyenne droite convenablement traitée, un diabétique éprouve une violente douleur dans l'articulation radio-carpienne gauche. Gonflement accompagné plus tard de rougeur et d'un énorme œdème de la main.

Le diagnostic d'arthrite purulente est porté.

L'état général est mauvais. Fièvre modérée. Forte glycosurie avec acétone.

Le principe d'une intervention est accepté et on déclanche la cure insulinique (120 unités par jour). En outre, la vaccination préventive du sujet est réalisée par un stock vaccin anti-staphylococcique, l'examen du pus de l'oreille ayant montré du staphylocoque.

Au bout de cinq jours, l'intervention peut être pratiquée : amputation au tiers supérieur du bras.

Suites immédiates excellentes. Le traitement par l'insuline permet de juguler la glycémie et l'acidose. Malheureusement, malgré les précautions et une reprise de la vaccination, le malade succomba douze jours plus tard, avec des signes pulmonaires et cérébraux montrant la reprise du processus infectieux.

## II. Arthrites par « contiguïté » consécutives à des lésions infectieuses ou suppurées de voisinage.

### Observation II

(Schwartz, thèse doctorat 1878.)

*Phlegmon des gaines des fléchisseurs non incisé. Extension de l'infection. Arthrite du poignet. Aucun traitement. Ankylose. Trajets fistuleux.*

Erhmann, couturière, se fit le 7 vril 1876, une écorchure assez profonde à la face palmaire du pouce droit.

Il se déclare immédiatement après un phlegmon qui envahit l'éminence thénar, la paume de la main proprement dite et l'éminence hypothénar elle-même. Le petit doigt, au dire de la malade, n'a jamais été ni gonflé, ni douloureux. En septembre 1876, les articulations du poignet se prirent; peu de douleurs, mais craquements par la flexion et l'extension provoquées; mouvements de latéralité.

Il s'établit des fistules, une à la face palmaire, l'autre à la face dorsale de la main. Par les deux on arrivait sur les os à nu. La dorsale s'est refermée.

Voici ce que nous constatons aujourd'hui : raideur absolue du poignet. A sa face antérieure une fistule bourgeonnante qui donne continuellement issue à du pus. Elle est située du côté interne et quand on y fait pénétrer un stylet celui-ci vient tomber sur un fragment dénudé et mobile. C'est donc à un sequestre que l'on a à faire.

Main en griffe.

### Observation III

Schwartz, thèse doctorat, 1878

Pendant le cours d'une inflammation profonde de la paume de la main, il se développe d'une façon insidieuse, une arthrite du poignet. Le malade meurt peu de temps après, au milieu d'un état général grave, par embolie pulmonaire. Le tout a évolué dans l'espace de vingt et un jours environ.

### Observation IV

Schwartz, thèse doctorat, 1878.

Panaris profond du pouce droit. Phlegmon profond de la main. Trajets fistuleux. Suppuration abondante. Infection putride. Mort.

**Observation V**

Schwartz, thèse doctorat, 1878.

Panaris du pouce. Phlegmon de la gaine carpo-phalangienne externe. Mort par infection putride.

**Observation VI**

Schwartz, thèse doctorat, 1878.

*Phlegmon des gaines des fléchisseurs très tardivement incisé. Arthrite du poignet. Mort.*

Fruet, Jacques, 61 ans, cordonnier, entre le 8 mars 1877 dans le service de M. Tillaux à Lariboisière. Il raconte qu'il y a un mois il s'est coupé à la face palmaire du pouce droit. Quelques jours après il est survenu de la fièvre. La main et le poignet se sont tuméfiés. Le mal empirant, il demande son admission.

Etat général grave : subdélirium. Traitement : cataplasmes, vin de quinquina. Bordeaux.

Les jours suivants l'agitation et le délire s'accentuent.

En présence de cet état grave, M. Tillaux pense à une collection purulente très profonde et incise couche par couche en dedans du tendon du grand palmaire, de manière à débrider l'aponévrose des fléchisseurs. Pas de pus. Hémorragie assez abondante.

Le lendemain l'état local paraît meilleur : moins de gonflement, mais l'état général est aussi mauvais qu'auparavant et le devient même davantage. De plus, en imprimant à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination, on perçoit un frottement osseux coïncidant avec une douleur assez vive et indiquant une arthrite radio-cubitale inférieure.

Le sujet meurt trois jours après.

**Observation VII**

Chaput, (*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 28 janvier 1914, page 109.)

Homme de 60 ans, atteint d'un phlegmon des gaines avec pyarthrose du poignet consécutif à une morsure du pouce.

Drainage transarticulaire du poignet avec ablation du semi-lunaire et excision des tendons fléchisseurs sphacelés.

Le malade a guéri. Main en griffe. Ankylose du poignet.

### Observation VIII

Chaput (*Bull. et Mém. Soc. chir. Paris*, 28 janv. 1914, p. 109.)

*Phlegmon des gaines des fléchisseurs. Arthrite suppurée du poignet. Drainage trans-lunaire. Amputation*

Homme de 68 ans, atteint de phlegmon des gaines et d'arhtrite suppurée du poignet.

Drainage trans-articulaire avec ablation du semi-lunaire. L'infection du poignet fut parfaitement enrayée, mais l'avant-bras présenta des abcès multiples avec sphacèle des muscles qui occasionnèrent une suppuration prolongée.

Le malade demanda l'amputation qui fut faite rapidement.

Il est signalé de nouveau que l'amputation n'a pas été faite pour l'arthrite du poignet, mais pour un phlegmon diffus profond de l'avant-bras, occasionné par l'infection des gaines.

### Observation IX

Chaput (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 28 jann. 1914, p. 109.)

*Phlegmon des gaines des fléchisseurs. Arthrite suppurée du poignet. Drainage trans-lunaire. Septicémie. Mort.*

Femme de 55 ans, très cachectique, albuminurique, atteinte d'un phlegmon des gaines avec arthrite purulente du poignet et lymphangite gangréneuse.

Drainage trans-lunaire. L'état du poignet s'améliora immédiatement, mais la lymphangite gangréneuse gagna la partie supérieure du membre et finit par emporter le malade par septicémie.

### Observation X

Chaput (*Bull et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 28 janv. 1914, p. 109.)
*Arthrite purulente du poignet consécutive à une arthrite du coude. Résultats médiocres.*

Femme de 60 ans, atteinte d'arthrite suppurée du coude avec abcès périarticulaires. Résection de l'olécrane et contre-ouvertures. Puis arthrite purulente du poignet traitée par le drainage trans-lunaire. Bande de Bier sur le bras.

La malade reste pendant quelques mois entre la vie et la mort et finit par guérir avec ankylose du coude et du poignet et des mouvements assez étendus des doigts.

**Observation XI**

Murard (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 16 fév. 1927, p. 227).

Infirmière de 52 ans qui se fait une piqûre septique au pouce gauche. Un petit panaris se déclare. Les signes d'un phlegmon des gaines des fléchisseurs s'établissent. La malade ne consulte que huit jours après la piqûre.

La main est volumineuse, la paume élargie, au-dessus du poignet la peau fait un bourrelet œdémateux transversal. Sur la face dorsale de la main un œdème phlegmoneux rouge s'étend sur le dos de l'avant-bras. Les doigts sont fléchis, les moindres mouvements provoquent de vives douleurs. Ceux de l'articulation du poignet sont pénibles dans une certaine étendue.

Intervention :

1° Incision longitudinale médiane de la paume remontant au tiers inférieur de l'avant-bras. Incision du ligament annulaire antérieur. Aussitôt, la gaine des fléchisseurs laisse échapper une grande quantité de pus. La gaine est ouverte de bout en bout. Les tendons soulevés montrent une nappe de pus abondante sur leur face profonde. La pression du 1er et du 5e doigts ne montrent aucun prolongement de la collection, on ne branche aucune incision latérale. En examinant avec soin, on découvre au niveau de l'os crochu un pertuis qui, au point signalé par Schwartz, communique avec l'articulation du poignet d'où sort le pus.

2° On retourne alors la main. Incision dorsale de la résection. La gaine des extenseurs est pleine de pus. On soulève la masse des tendons pour l'assécher et on fait une contre-ouverture au niveau du cinquième métacarpien. On trouve un nouveau pertuis qui conduit sur l'articulation d'où le pus s'écoule.

3° On fait la résection du carpe en laissant le trapèze et le pisiforme.

4° On met en place deux tubes à irrigation de Dakin, l'un par la face dorsale dans la cavité articulaire, l'autre par la face palmaire derrière la masse des fléchisseurs. Immobilisation sur une attelle métallique coudée.

Examen bactériologique : Streptocoque pur.

Suites :

Les instillations sont continuées pendant huit jours. On met le poignet en appareil plâtré, le métacarpe un peu relevé et on commence la mobilisation active des doigts. La malade est évacuée en bon état un mois après l'opération.

Cinq mois après son départ, la malade est visitée : le poignet est légèrement dévié sur le bord cubital (à 20° environ). Les mouvements ont une incursion de 30° (15° d'extension, 15° flexion). La pronation et la supination sont normales. Les doigts sont souples, non rétractés, mais leur mobilité est réduite.

Quatorze mois après l'opération, les mouvements du poignet ont un peu diminué, les doigts gardent une flexion incomplète. Néanmoins la malade fait de sa main tout ce qu'elle veut : elle coud, repasse, brode. Il n'y a qu'un geste difficile : boutonner un gant.

**Observation XII**

Pouliquen (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 8 juin 1932, p. 897.)

*Phlegmon de la gaine synoviale du pouce gauche. Incision. Arthrite du poignet. Résection de la tête cubitale. Bons résultats.*

Ned... (Fr.), du Trehon, âgé de 69 ans, est adressé à Brest le 17 avril 1927 pour un phlegmon de la gaine synoviale du pouce gauche au niveau du poignet, consécutif à un panaris de la phalangette.

Après incision du phlegmon antibrachial, le malade va mieux, mais au bout de quelques jours il tient à repartir chez lui. Le 7 mai il revient dans un état beaucoup plus grave. Le poignet est très tuméfié, œdématié, les mouvements sont très douloureux et à la pression on perçoit des craquements très nets surtout au niveau de l'articulation radio-cubitale. Il s'agit de toute évidence d'une arthrite purulente du poignet. Ayant perçu de gros craquements au niveau de l'articulation radio-cubitale et ayant même trouvé à ce niveau des mouvements anormaux de dislocation, l'idée me vint d'enlever la tête du cubitus pour obtenir un large drainage de la jointure.

L'opération fut faite le 8 mai.

Incision dorsale sur la saillie de l'extrémité cubitale. Rugination, puis ablation de la tête à l'aide de quelques coups de pince gouge. Du pus coule en abondance et une mèche fut placée dans la large brèche articulaire.

Un appareil plâtré fut aussitôt appliqué avec une fenêtre sur le bord cubital de la main pour permettre les pansements.

Le malade fut immédiatement soulagé. La température tomba et au bout de huit jours il rentra chez lui après ablation du plâtre. Il fut ensuite soigné par son médecin traitant et la guérison fut complète au bout de deux mois.

Le malade est revu cinq ans après son opération : la main est bien restée dans le prolongement de l'avant-bras, sans aucune déviation latérale. L'extrémité inférieure du radius s'est légèrement élargie comme pour mieux s'adapter à la première rangée du carpe. L'interligne articulaire est net, ce qui explique les mouvements du poignet. Ils se font avec une ampleur suffisante, si bien que la flexion atteint au moins la moitié de sa course. Le malade étend complètement les doigts et peut également les fléchir avec force. Les extrémités arrivent facilement à toucher la paume de la main.

Les mouvements de pronation et de supination se font avec une

amplitude presque complète. En matière d'accident de travail, l'incapacité ne dépasserait pas 10%.

### Observation XIII

Pouliquen (*Bull et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 8 juin 1932, p. 897.)

*Phlegmon de la gaine cubitale. Incision. Arthrite purulente du poignet. Résection de la tête cubitale. Ankylose du poignet Mouvements assez étendus des doigts.*

R., 70 ans. Malade adressé le 26 mars 1921, pour un phlegmon de la gaine cubitale du petit doigt de la main gauche, survenu à la suite d'une suppuration de la phalangette. La gaine est intacte au niveau de la paume, mais au poignet il existe une collection purulente très nette.

Incision le 26 mars : le malade quitte la clinique le jour même et revient quinze jours après avec tous les signes d'une arthrite purulente. Il souffre beaucoup, la fièvre est élevée, il ne dort pas. Le poignet est très tuméfié et au niveau de l'articulation radio-cubitale on sent de gros craquements. Le diagnostic d'arthrite purulente s'impose.

Opération le 15 avril 1931. Résection de la tête cubitale et appareil plâtré fenêtré qui est gardé cinq semaines. Le mieux est immédiat, mais les suites sont longues. Trois semaines après l'intervention j'enlève par la première incision de drainage un tendon sphacelé et six semaines plus tard, je fais un petit curettage d'un trajet fistuleux articulaire qui me permet d'enlever un petit sequestre.

Le malade est revu un an après l'opération. Le résultat éloigné est très satisfaisant. La main est bien dans l'axe de l'avant-bras. L'articulation du poignet est presque complètement ankylosée, mais les doigts, sauf l'auriculaire, ont conservé des mouvements assez étendus et ils forment avec le pouce, une pince solide. Le malade retraité de la marine, ne travaille pas, mais peut vaquer à ses occupations. Il se sert de sa main pour s'habiller, manger...

### Observation XIV

Pouliquen (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 8 juin 1932, p. 897.)

(Résumée)

*Arthrite du poignet. Résection de la tête cubitale Bons résultats.*

Le Fo... est atteint d'une arthrite suppurée.

Résection de la tête du cubitus par incision dorsale et immobilisation plâtrée.

Le suites opératoires sont simples. Le malade est soulagé immé-

diatement après l'opération. Le plâtre est gardé sept semaines et la guérison est obtenue au bout de deux mois.

Résultat final très bon. Le poignet à la vue paraît normal. L'articulation est enraidie, mais pas complètement, des mouvements de flexion de 15 à 20° sont possibles. Les mouvements de pronation et de supination sont limités mais pas abolis. La main est en rectitude sans déviation latérale. Le pouce a conservé presque intégralement sa mobilité. L'index et le médius un peu fléchis se meuvent également très bien. En revanche l'annulaire et l'auriculaire sont presque complètement ankylosés en crochet, mais cette déformation doit surtout provenir de l'aponévrose palmaire, car déjà le petit doigt de l'autre main est rétracté et celui du côté malade commençait à se fléchir avant l'opération.

Le malade a beaucoup de force dans la main, il est maçon et n'est pas gêné pour se servir du marteau.

Le résultat est en somme très satisfaisant.

### Observation XV

Pouliquen (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 8 juin 1932, p. 897.)

*Arthrite suppurée du poignet consécutive à un phlegmon de la gaine du pouce. Cas très grave. Résection de la tête cubitale. Poignet le doigts complètement ankylosés.*

Ges... (R.), cultivateur. La malade m'a été adressé le 22février1930 pour une arthrite purulente du poignet, survenue à la suite d'un phlegmon de la gaine du pouce. Le poignet était énorme et très douloureux, les doigts et la main très œdématiés, cas très grave.

Pour drainer l'articulation je pratique la résection de la tête cubitale et j'applique un appareil plâtré fenêtré. L'amélioration est rapide et le malade quitte la clinique au bout de huit jours. La guérison est obtenue au bout de trois mois.

Le malade n'a pas pu travailler après l'opération. Le poignet est resté raide et les doigts complètement ankylosés.

## III. Arthrites traumatiques

### A. De la pratique civile.

### Observation XVI

Chaput (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 28 janvier 1914, p. 109.)

*Plaie articulaire du poignet, arthrite suppurée. Drainage translumaire. Résultats inconnus!*

Homme de 60 ans, atteint d'une brûlure profonde du dos du poignet intéressant l'articulation.

Arthrite suppurée.

Drainage trans-articulaire avec ablation du semi-lunaire.

Le malade quitte l'hôpital au bout de quelques jours, complètement guéri.

**Observation XVII**

Professeur Rocher (Inédite.)

*Arthrite suppurée du poignet consécutive à une plaie articulaire. Résection de la première rangée des os du carpe. Bons résultats.*

P..., Michel, âgé de 13 ans, employé aux Grands Moulins de Paris, est victime d'un accident de travail le 15 février 1930. En nettoyant une machine il eut la main droite prise dans un engrenage. La blessure se caractérisait par une plaie linéaire d'environ trois centimètres, assez profonde, perpendiculaire à l'axe de la main et située sur la face dorsale au niveau du carpe, près du rebord radial.

Un médecin nettoie la plaie et met deux points de suture. La nuit suivante, l'enfant commence à souffrir, le poignet bat, devient gros, rouge. Trois jours après l'accident, le 19 février, tous ces symptômes s'amplifiant, les parents conduisent le malade à M. le Professeur Rocher.

Le diagnostic d'arthrite suppurée est posé. Etat général médiocre.

Drainage de l'articulation du carpe et large débridement du dos de la main qui est infiltré de pus.

Le 22 février, la température étant montée à 40°, le professeur Rocher réintervient et pratique la résection de la première rangée des os du carpe; contre-drainage du côté de l'éminence hypothénar. Immobilisation plâtrée.

Les suites opératoires sont excellentes.

L'appareil plâtré est conservé pendant quinze jours. La cicatrisation est complète au mois de mai 1930. Le malade suit, d'une façon très régulière, un traitement d'air chaud et de massage pour assouplir ses articulations.

Il est revu au mois d'août; on constate :

Sur la face dorsale de la main dans la région du métacarpe, suivant l'axe du troisième métacarpien, longue cicatrice longitudinale sur laquelle se branchent deux petites incisions de trois à quatre centimètres de longueur.

La main est en position normale par rapport à l'avant-bras. Il n'existe pas de phénomènes trophiques au niveau de la main et des doigts.

Les mouvements de l'articulation du poignet sont les suivants :

Très minime extension : 5°;

Flexion : 90°;

Adduction et abduction : 10°.

Les mouvements de pronation et de supination sont conservés.

Observation XVII (inédite). — Professeur ROCHER.
*Arthrite suppurée du poignet, consécutive à une plaie articulaire. Résection de la première rangée des os du carpe. Bon résultat fonctionnel.*

Les mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes sont très légèrement diminués d'amplitude de leur degré extrême de flexion.

La flexion des doigts est également incomplète surtout pour les deux derniers.

Nous avons revu P... au moment de notre thèse, c'est-à-dire quatre ans après son opération.

L'état morphologique et fonctionnel du poignet et des doigts est à peu près celui décrit en août 1930. On constate cependant une amélioration dans la souplesse des articulations digitales et métacarpo-phalangiennes. P... est capable de rouler une cigarette, de se boutonner, d'écrire, en un mot d'accomplir des mouvements assez délicats.

Il est actuellement maçon et n'est pas gêné dans son travail.

**Observation XVIII**

Professeur Rocher, (inédite.)

*Plaie articulaire du poignet, section des tendons extenseurs, suture, suppuration. Ostéo arthrite chronique suppurée. Résection atypique de la première rangée des os du carpe. Résultat fonctionnel médiocre.*

F... Henri, 37 ans, a le pognet blessé par un pare-brise, au cours d'un accident d'auto survenu le 14 juillet 1933. Il présente une plaie linéaire intéressant toute la largeur de la face dorsale du poignet droit. La plupart des tendons extenseurs sont sectionnés. L'articulation radio-carpienne est ouverte.

Intervention le 15 juillet 1933 par Monsieur Laumonier. Suture des tendons, nettoyage de la plaie et de l'articulation. Immobilisation plâtrée.

Quinze jours après l'opération, une température persistante donne quelques inquiétudes au chirurgien. Suppuration. Débridement de la plaie opératoire.

Le 18 septembre 1933, F... est adressé au professeur Rocher. Un trajet fistuleux existe sur la face dorsale du carpe dans sa partie interne. Son exploration montre que l'instrument s'enfonce profondément et rencontre un os dénudé dans son parcours. Il s'agit de lésions indiscutables d'ostéo-arthrite chronique suppurée. La radiographie confirme ce diagnostic.

Intervention le 25 septembre 1933 :

Incision de Kocher prolongée sur l'avant-bras et sur la main. A la curette, nettoyage du foyer d'ostéo-arthrite qui aboutit à l'extirpation partielle de la moitié supérieure des os de la première rangée du carpe. Appareil plâtré.

Trois semaines après l'opération : au moment de l'ablation du

plâtre, on constate que les différentes articulations de la main et des doigts sont complètement enraidies; aucun mouvement utile ne peut être accompli; l'incapacité partielle permanente fut évaluée à 60 %. Traitement : mobilisation, air chaud, attelle pour empêcher la chute de la main.

Examen du malade le 27 décembre 1933. Le malade a très régulièrement suivi son traitement. Les doigts esquissent des mouvements de flexion dans les différentes articulations. La suture des tendons extenseurs semble avoir très bien réussi. Malheureusement ces tendons sont symphysés, au niveau du carpe, par un tissu cicatriciel qui rend leur action très minime. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont presque bloquées : elles ont perdu plus des deux tiers de leur amplitude.

Examen le 15novembre 1934. *a*) Examen radioscopique.

L'extrèmité inférieure du radius et du cubitus sont décalcifiées, mais ont conservé leur forme normale. Les os du carpe sont également décalcifiés. Ils sont soudés entre eux, ainsi qu'aux bases métacarpiennes; seul, le trapèze est séparé du premier métacarpien par un interligne clair. L'articulation radio-cubitale recouvre le condyle carpien, mais il existe entre eux un espace clair qui s'ouvre dans les mouvements de flexion d'extension, de latéralité.

Toute mobilité a au contraire disparu entre les os du carpe, et entre ces os et les bases métacarpiennes. Le premier métacarpien seul, est mobile sur le trapèze.

*b*) Au point de vue fonctionnel; très nette amélioration par rapport à l'état constaté au cours du mois de décembre 1933.

Les mouvements actifs du poignet sont nuls. La flexion des doigts est devenue telle, qu'elle leur permet de former une pince assez résistante.

Par la mobilisation passive on obtient :
Extension du poignet : 20°;
Latéralité — — — : 5°,
Articulation métacarpo-phalangiennes : 20° de flexion;
Articulations phalango-phalanginiennes : 80° de flexion;
Articulations phalangino-phalangettiennes : 20° de flexion.

Considérations :

S'il n'y avait pas l'incertitude de pouvoir redonner la souplesse aux articulations métacarpo-phalangiennes et de pouvoir libérer les tendons extenseurs de la gangue fibreuse qui les englobe, la résection complémentaire des os de la première rangée du carpe, améliorerait certainement le résultat obtenu.

### B. Arthrites traumatiques de guerre.

#### Observation XIX.

Combier et Murard, *Revue de Chirurgie*, 1918, p. 1 à 48.

*Arthrite suppurée. Carpectomie totale le douzième jour après la blessure; amputation secondaire du bras.*

D..., blessé le 5 mai 1917 par un obus aux membres et au thorax est opéré le 6 et les 7 mai dans une autre formation. On nous le montre le 17 mai pour une blessure de la face dorsale du poignet droit. Celui-ci présente sur la ligne médiane, deux plaies situées dans le prolongement l'une de l'autre. Gonflement énorme, douleurs, température à 39°. Le stylet prénètre dans le carpe fracturé. La radiographie montre l'absence de corps étranger. Au niveau de l'avant-bras correspondant deux autres trajets en séton. Plusieurs autres plaies diverses sur les membres.

Intervention le jour même.

En réunissant les deux plaies on arrive sur une suppuration de la gaine des extenseurs; les tendons des troisième et quatrième sont sphacélés et détruits. Après avoir ouvert la gaine sur toute sa longueur, on aborde le squelette.

Fracas siégeant sur la tête du cinquième métacarpien, du troisième, du pyramidal et du grand os. Celui-ci est fracturé obliquement. Ouverture d'une fusée purulente le long des tendons du pouce, carpectomie totale. On régularise les métacarpiens fracturés.

Instillation de liquide de Dakin.

En raison de l'état général, en raison de la persistance des phénomènes locaux, de l'aspect putride des plaies de l'avant-bras : amputation du bras.

Guérison rapide; le blessé est évacué en bon état.

#### Observation XX

Combier et Murard, *Revue de Chirurgie*, 1918, p. 1 à 48.

*Arthrite aigue, carpectomie totale au quatrième jour. Résultats éloignés inconnus.*

G..., blessé par un éclat d'obus qui a traversé le poignet droit, d'arrière en avant, le 23 mai 1917. Arrive le 27 avec un gonflement considérable de la main et de l'avant-bras, douleurs lancinantes profondes. La main présente sur sa face dorsale, une petite plaie située au niveau du grand os. A la face palmaire, éclatement longitudinal considérable suivant le bord axial de l'éminence hypothénar. Du liquide coule de l'articulation.

Intervention immédiate le 27.

Incision dorsale externe classique de la résection. Le projectile a traversé la gaine des extenseurs sans interrompre la continuité des tendons, mais la synoviale est rouge, tomenteuse, sans pus véritable.

Les lésions portent sur le grand os fracturé à sa base, l'os crochu réduit en fragments minuscules et la moitié inférieure du pyramidal. Les fragments et l'articulation sont très infectés.

Carpectomie totale, toilette de la plaie palmaire, les fléchisseurs sont respectés.

Immobilisation sur une palette. Trois tubes à instillation de Dakin; 13 juin : l'œdème de la main persiste malgré le très bon état des plaies. Les téguments sont boursouflés; les tissus sont cartonnés profondément. On donne à partir d'aujourd'hui des bains chauds prolongés.

15 juin : héliothérapie, massage, mobilisation des doigts.

22 juin : l'œdème a régressé mais persiste, bloquant les doigts dans ce cartonnage. Les plaies sont presque cicatrisées. Evacuation du blessé.

**Observation XXI**

Combier et Murard, *Revue de Chirurgie*, 1918, p. 1 à 48.

*Arthrite suppurée, capectomie totale au vingt-troisième jour, après la blessure, Guérison après trois mois. Résultats éloignés inconnus.*

W... entre le 30 juin 1917, pour une plaie tangentielle du bord externe du poignet gauche. Le membre supérieur correspondant est le siège de plusieurs autres plaies. A la vingt-deuxième heure, le blessé subit une intervention partielle qui consiste dans une esquillectomie ou plutôt dans l'ablation de quelques débris osseux. Un tube à instillation de Dakin est laissé dans la plaie.

Le blessé nous est adressé le 22 juillet. Il présente les signes d'une arthrite suppurée de tout le poignet qui est gonflé, douloureux. La température oscille depuis plusieurs jours en clochers très élevés.

On fait une résection totale du carpe par la seule incision dorsale externe. Les lésions osseuses primitives étaient limitées au scaphoïde et au trapèze. L'articulation était pleine de pus et de fongosités. Les gaines de la face dorsale du poignet étaient le siège de grosses lésions. Deux tubes à instillation de Dakin sont placés respectivement dans le trajet du projectile et dans l'incision de la résection.

La main est immobilisée sur une palette de bois.

17 juillet : plaie grisâtre, élimination de débris sphaceliques.

20 août : appareil plâtré circulaire à fenêtres.

Evacué le 23 août.

Ecrit le 8 octobre que ses plaies sont bien cicatrisées, dit qu'il va très bien, mais ne donne aucun renseignement précis, malgré les demandes faites.

### Observation XXII

Combier et Murard, *Revue de Chirurgie*, 1918, p. 1 à 48.

*Arthrite suppurée du poignet; carpectomie totale au vingt-huitième jour après la blessure. Bons résultats après sept mois. Résultats éloignés inconnus.*

B..., blessé le 20 cotobre 1918, est porteur, outre des plaies multiples, d'une plaie en séton de la région du poignet gauche. L'un des orifices siège à la partie antéro-interne du poignet, l'autre sur le milieu du dos de la main. On se contente dans une ambulance où il est soigné en premier lieu, de débrider ces deux plaies. On pratique en même temps d'autres interventions : drainage du genou, amputation de l'avant bras-droit.

Le blessé arrive le 31 octobre dans un état assez précaire. Les plaies du poignet ont bon aspect, aucun œdème. On s'occupe du genou droit qu'on résèque.

Jusqu'au 22 novembre le poignet n'attire pas l'attention. Ce jour là, il devient manifeste qu'une arthrite suppurée évolue à ce niveau. Résection du poignet et du troisième métacarpien, par incision dorsale et par incision latérale interne. On reconnaît que le tendon du cubital postérieur et plusieurs tendons de l'extenseur commun ont été dilacérés par le projectile.

Carpectomie totale; lavage à l'éther iodé; tubes à instillation de Dakin. Immobilisation sur une attelle métallique.

L'état général du blessé depuis l'entrée est toujours très précaire.

Le 1er décembre : amputation de cuisse gauche. A la suite, l'état général se relève, les plaies du poignet reprennent un bel aspect.

Le blessé peut être évacué le 1er janvier, en bon état.

Le 29 juin il écrit que sa main fait des progrès. Les doigts ont des mouvements très suffisants. Il se sert parfaitement du pouce et de l'index. Il se déclare très content, mais malgré trois lettres successives, il ne s'explique pas sur la mobilité du poignet.

Nous abordons maintenant la partie capitale de notre travail : le chapitre « Traitement » des arthrites suppurées du poignet.

Considérant ces arthrites à l'état isolé, pur, indépendamment de leurs origines, ou de leurs lésions associées, nous envisagerons, tout d'abord, les différents procédés opératoires qui ont été préconisés et employés. Nous terminerons par la « Conduite à tenir » suivant les formes étiologiques, et suivant l'âge des sujets.

Du cadre de cette étude nous ne pouvons éliminer certains traitements qui, s'ils n'ont qu'une valeur minime par eux-mêmes, sont cependant des compléments, des adjuvants précieux qu'il ne faudra jamais négliger.

## PROCEDES OPERATOIRES. DISCUSSION

Nous procéderons des plus simples aux plus complexes.

### I. Les Ponctions.

Utiles pour confirmer un diagnostic, elles n'ont presque jamais été employées comme procédés thérapeutiques. Un seul chirurgien : Cotton, les a préconisées. Citons-le : « Au poignet, on introduit un trocart dans l'articulation en passant par la face dorsale, côté cubital, entre le ligament triangulaire et l'os semi-lunaire. Superficiellement, on passe entre les tendons de l'extenseur commun et celui de l'extenseur propre du petit doigt. Du côté radial, le trocart est introduit dans l'espace séparant le radius du scaphoïde. Après aspiration complète on fait un lavage de l'articulation avec une solution d'acriflavine à 1/5000, de mercurochrome ou de Dakin. L'articulation est immobilisée en flexion dorsale à 45°. Si l'on rencontre des difficultés dans l'aspiration, il n'y a pas à hésiter à découvrir la capsule par une incision. On introduit le trocart et on referme l'incision. Une seule aspiration peut être suffisante. En cas de symptômes aigus persistants, on fait l'opération tous les cinq ou six jours jusqu'à disparition complète et permanente de l'infection. Si après quelques jours de rémission il y avait rechute : on reponctionne. Deux arthrites suppurées du poignet ont été ainsi traîtées. Les articulations récupérèrent la restauration complète de leurs fonctions. »

Malgré les deux bons résultats obtenus par Cotton, il semble qu'on doive condamner cette méthode de traitement

parce que : la multiplicité des articulations du poignet, leur disposition extrêmement serrée et très sinueuse rendront impossible un drainage complet. Quelles que soient la minutie et l'habileté de l'opérateur, le liquide purulent ne pourra jamais être complètement évacué de certains culs-de-sac synoviaux. Des foyers d'ostéites apparaîtront à coup sûr au niveau des petits os très fragiles du carpe et l'ankylose en sera la terminaison habituelle, à moins qu'une extension de l'infection oblige le chirurgien à pratiquer une amputation qui sauvera le malade.

### II. L'arthrotomie

L'arthrotomie est essentiellement l'incision de l'articulation. La connaissance de son anatomie, de ses rapports avec les plans superficiels, impose pour son ouverture un certain nombre de lieux d'élection.

Elle est impraticable par la face antérieure du poignet, d'abord à cause du grand nombre de tendons, veines, artères, nerfs qu'on y rencontre et qui pourraient être lésés et ensuite parce qu'elle exposerait à l'inoculation des gaines des fléchisseurs parfois intactes.

Les incisions latérales ne fournissent qu'une ouverture articulaire insuffisante.

Les seules incisions possibles sont : 1° la dorsale externe (Bœckel, Lister, Langenbeck, Ollier).

2° La dorsale interne (Kocher, Chassaignac).

Elles sont l'une et l'autre employées pour la résection du poignet. Nous les étudierons avec ce procédé opératoire.

Entre la ponction et l'arthrotomie, il n'y a en somme qu'une faible différence de degré, et tout ce que nous avons dit pour la première pourrait être répété intégralement pour la seconde. « Aucune des incisions possibles, dorso externe ou dorso interne, dit Lecène, ne pourra convenablement drainer soit le cul-de-sac antérieur de la synoviale que protège à la façon d'un auvent le bord antérieur de la cavité glénoïde

du radius, soit les articulations intercarpiennes qui unissent les uns aux autres, les os de la première rangée du carpe et dont l'infection est fatale en raison de leur disposition anatomique. »

Cette méthode sera *a fortiori* illusoire lorsque toutes les articulations seront prises depuis la radio-carpienne jusqu'aux carpo-métacarpiennes ! Enfin, les mauvais résultats obtenus par l'arthrotomie sont, certainement, les arguments les plus décisifs pour l'écarter définitivement.

Quant à la méthode de Willems : arthrotomie associée à la mobilisation immédiate elle n'a semble-t-il, jamais été employée au poignet. Pour les arthrites suppurées des grosses articulations elle donne des résultats très variables. En tous cas, indépendamment du fait que cette méthode est d'application très délicate, douloureuse même, nous ne croyons pas que des mouvements, même très bien exécutés, réussissent à drainer la mosaïque d'articulations du carpe et à obtenir des résultats supérieurs à ceux de la simple arthrotomie.

L'arthrostomie de Fieux ne semble pas avoir été utilisée au poignet.

### III. Résections.

Nous n'envisagerons ici que la résection intra-fébrile précoce ou secondaire.

*A. Drainage trans-articulaire, avec ablation de l'os semi-lunaire* (Procédé de Chaput).

1° Incision dorsale de Boeckel.

2° Avec la rugine plate on passe entre les lèvres de la capsule et le massif carpien et on dénude toute la face postérieure du carpe.

3° Toujours avec la rugine plate, couper tous les ligaments qui unissent le semi-lunaire aux autres os.

4° Avec un davier on luxe le semi-lunaire et on le libère complètement avec les ciseaux courbes.

5° Cette ablation est facile sur un poignet atteint d'arthrite suppurée, car les ligaments sont plus ou moins ramollis ou détruits.

6° Introduire une pince d'arrière en avant dans la loge du semi-lunaire, soulever la peau de la région antérieure du poignet, y faire une incision de trois centimètres et ramener un drain avec la pince.

*B. Résection de la styloïde cubitale* (Procédé de Pouliquen).

Incision cubito-dorsale. Elle passe entre le cubital postérieur en dedans et la masse des extenseurs (extenseur du V$^e$) en dehors. Elle découvre parfaitement toute l'extrémité cubitale.

1° Rugination, puis ablation de la tête à l'aide de quelques coups de pince gouge;

2° Mèche dans la brèche articulaire;

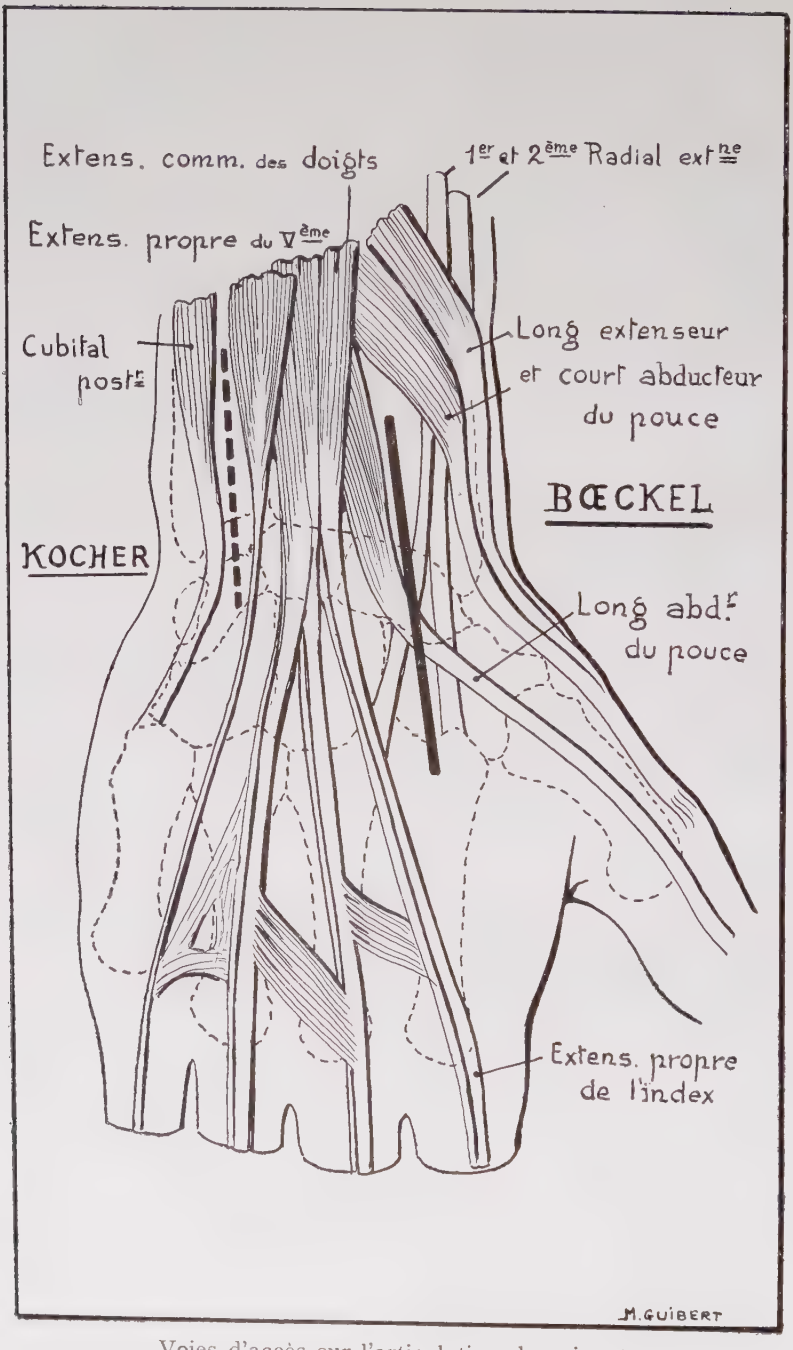
3° Appareil plâtré fenêtré.

Nous regrettons que Pouliquen n'ait pas donné plus de précisions sur l'étendue de la résection qu'il préconise. Les exercices opératoires, que nous avons faits sous la haute direction de M. le médecin principal Le Bourgo, nous permettent de combler cette lacune. Il sera nécessaire de faire une résection de deux centimètres environ pour créer une cavité de drainage suffisante.

*C. Résection de la première rangée des os du carpe. Résection totale des os du carpe.*

La résection de la première rangée des os du carpe n'étant que le premier temps d'une résection totale, nous décrirons ces deux procédés dans un même paragraphe.

1° Incision : Que ce soit pour une arthrotomie, que ce soit pour une résection partielle ou totale du carpe, de nombreuses incisions ont été préconisées. Les plus connues sont la radio externe et la cubitale interne de Morestin; la cubito dorsale de Chassaignac, Kocher; la dorsale externe de Lister, Bœckel, Langenbeck, Ollier. Avec Monsieur le médecin principal le Bourgo, nous avons recherché quelle était celle qui permettait




Voies d'accès sur l'articulation du poignet

de pratiquer le plus aisément, une résection totale ou partielle. C'est indiscutablement la dorsale externe de Lister, Langenbeck, Bœckel, Ollier.

L'incision suivra l'intervalle qui sépare les tendons extenseurs du pouce en dehors, du tendon extenseur de l'index en dedans. Elle descendra franchement sur le deuxième métacarpien et remontera peu sur l'extrémité inférieure du radius.

2° Sur la peau incisée avec précaution, on recherchera aussitôt les tendons radiaux qui croisent obliquement la direction de l'incision : on les mettra immédiatement à l'abri.

Désinsérant alors au bistouri les gaines des extenseurs de l'extrémité inférieure du radius, on en achèvera le décollement à la rugine. On détachera de même de leur gaine les tendons radiaux. Enfin, incision de la capsule et du périoste.

3° Avec la rugine on passe entre l'os et le périoste. On décortique ainsi la face postérieure du carpe sur une étendue plus ou moins grande suivant la résection qui a été envisagée.

4° Extirpation des os du carpe. Le scaphoïde est extrait en premier lieu, après avoir décortiqué sa face antérieure et son apophyse externe. On extrait ensuite le semi-lunaire et le pyramidal. Si la résection doit être totale, on continue par le grand os, le trapézoïde, l'os crochu. On n'extirpera le trapèze que s'il est atteint ; il est en effet, très utile pour les mouvements du pouce.

Si on le jugeait nécessaire, on réséquerait l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. Cette opération n'est signalée dans aucune des observations que nous rapportons.

L'observation la plus ancienne de résection du poignet que nous ayons pu retrouver date de 1843 ; elle est de Legouest. Voici ses conclusions. « Mauvais résultats fonctionnels ; grande mobilité de la main avec impossibilité de la fléchir ou de l'étendre. Raideur et impotence absolue des doigts. Les accidents persistèrent après l'opération et nous firent regretter de n'avoir pas débarrassé le malade d'un membre devenu complètement inutile ».

Dans les années qui suivirent, de nombreux chirurgiens français, anglais, allemands, pratiquèrent la résection du poignet pour des raisons diverses : traumatismes, arthrites suppurées, osteo-arthrites tuberculeuses. Les résultats dans l'ensemble furent si décevants que Malgaigne déclarait que c'était « une opération déplorable et qu'il était temps de la rayer de la pratique ». L'explication de ces mauvais résultats est facile. Pour atteindre l'articulation, les chirurgiens n'hésitaient pas à sectionner les tendons, à désinsérer leurs attaches, à dilacérer la capsule fibreuse. Si l'infection ou l'ostéite étaient jugulées, la main restait le plus souvent ballante et les doigts devenaient inutiles, leurs leviers de commande étant interrompus.

Ollier, avec sa méthode de résection sous-capsulo périostée, devait lever le discrédit qui avait été jetté par ses devanciers sur la résection du poignet.

Très succinctement nous rappellerons cette méthode : Incision dorsale externe. Les tendons sont évités et on arrive sur la capsule fibreuse qui entoure tout le squelette du poignet. On l'incise, ainsi que le périoste sous-jacent qui lui est intimement uni. Avec la rugine plate on passe entre « l'arbre et l'écorce », c'est-à-dire entre le périoste et l'os. On décortique ainsi tout le carpe qui est ensuite facilement extirpable. Cette méthode, qui est facile à exécuter, a l'avantage de conserver intacts les tendons, mais surtout la gaine fibreuse qui sera un pont d'union solide entre le radius et le métacarpe. De plus, la lame périostée, qui a été ménagée, produira un tissu osteo-fibreux qui comblera progressivement la cavité créée par la résection.

Ollier a surtout utilisé sa méthode pour traiter les ostéo-arthrites tuberculeuses. Nous avons éliminé ce groupe d'arthrites du cadre de notre étude : nous enregistrerons cependant tous les bons résultats que le chirurgien lyonnais a obtenus dans ce domaine. Nous nous souviendrons tout particulièrement que la méthode sous capsulo périostée est à la base

de tous les procédés chirurgicaux qui ont été préconisés pour le traitement des arthrites suppurées du poignet.

Si l'on analyse ces procédés, chez tous on découvre un grand principe directeur : réséquer une partie ou la totalité du poignet afin de créer une cavité de drainage. Ce principe n'est d'ailleurs que la conséquence logique d'une disposition anatomique particulière du carpe : articulations serrées et très sinueuses.

La communication de Chaput, à la Société de Chirurgie de Paris en février 1914, a été la première étude envisageant cette question de résection partielle ou totale du poignet comme traitement des arthrites suppurées. Chaput préconisait le drainage trans-articulaire avec ablation de l'os semi-lunaire : « J'ai fait, dit-il, cinq fois l'ablation du semi-lunaire avec drainage antéro-postérieur, dans tous les cas l'infection articulaire a disparu. Deux malades ont perdu l'un la vie, l'autre la main, sans que l'arthrite y fût pour quelque chose. Les trois autres ont guéri, avec ankylose du poignet, doigts en griffe, mais ils sont heureux d'avoir conservé un membre à forme humaine».

La valeur d'une méthode opératoire se juge, d'abord par la plus ou moins grande facilité de son exécution mais surtout par ses résultats. Le procédé de Chaput est compliqué, malaisé, aveugle. Il traumatise tout le carpe et risque de ce fait de provoquer une généralisation de l'infection pour laquelle la cavité de drainage créée, sera toujours insuffisante. Enfin, les très mauvais résultats obtenus par ce procédé seront les meilleurs arguments qui nous permettront de le bannir définitivement. Et cette détermination semble d'autant plus logique, que le procédé de Pouliquen remplacera toujours très avantageusement celui de Chaput, pour le traitement de certaines arthrites ou l'un ou l'autre des procédés aurait pu être employé. Ils créent tous les deux, en effet, des cavités de drainage à peu près semblables au point de vue étendue et au point de vue situation. Mais, contrairement au

Chaput, le procédé de Pouliquen est facilement réalisable, simple et enfin possède à son actif trois bons résultats.

Il reste à envisager la carpectomie et la résection de la première rangée des os du carpe.

1° Que ce soit Ollier pour les arthrites tuberculeuses, que ce soit Murard et beaucoup d'autres pour les arthrites suppurées banales, tous les auteurs ont vanté les bons résultats obtenus par la résection totale du carpe. C'est évidemment l'intervention anatomiquement idéale, elle détermine une large cavité de drainage indispensable pour supprimer une infection généralisée à tout le poignet. Elle laisse en présence deux surfaces articulaires radio-cubitale et métacarpienne reliées par un manchon périostéo-capsulaire complet entouré par tous les tendons intacts; les radiaux reprennent, au milieu du tissu fibreux, leurs insertions aux bases métacarpiennes. La rétraction des parties molles ramènent les surfaces en contact, ou bien un tissu fibreux parsemé d'îlots osseux s'interpose et le résultat fonctionnel est en général aussi satisfaisant que possible : souplesse des doigts et résistance du poignet. L'observation de Murard que nous avons rapportée concorde avec l'opinion générale.

2° Résection de la première rangée des os du carpe.

Une arthrite suppurée du poignet autorise-t-elle cependant le chirurgien à réséquer tout le massif carpien ? Non. Quand l'arthrite et l'ostéo-arthrite seront limitées à l'articulation radio-carpienne et à celles qui unissent le semi-lunaire au scasphoïde et au pyramidal, la résection de la première rangée des os du carpe sera toujours très suffisante pour faire disparaître l'infection articulaire. De plus, entraînant une perte de substance bien inférieure à celle de la résection totale, elle doit donner logiquement des résultats très supérieurs.

Elle fut successivement employée par Ollier, Sorrel et Tavernier pour les ostéo-arthrites tuberculeuses, par Chifoliau pour les arthrites suppurées. A tous et dans tous les cas elle a donné des résultats satisfaisants. L'observation inédite (obs. XVII) du professeur Rocher confirme ces résultats.

### IV. Amputation

L'amputation était pour Schwartz le seul traitement applicable à une arthrite suppurée du poignet. Ses conclusions sont d'ailleurs très compréhensibles. Traitant les phlegmons des gaines des fléchisseurs par des cataplasmes et du vin de Bordeaux (obs. VI) ! !!, l'infection envahissait très rapidement la main, l'avant-bras et seule l'amputation permettait alors de sauver le malade.

Actuellement, cette opération n'est envisagée que dans les cas très graves d'arthrites suppurées, où il y a tendance à la généralisation de l'infection.

### V. Thérapeutiques spécifiques.

Du cadre de cette étude nous ne pouvons éliminer les thérapeutiques spécifiques : la vaccinothérapie, la bactériophagie, la sérothérapie, la chimiothérapie. Si elles n'ont pas toujours répondu aux espoirs que l'on avait mis en elles, elles n'en seront pas moins de très bons adjuvants au traitement chirurgical.

## RESULTATS

Nous envisagerons très schématiquement les résultats obtenus par les différents procédés thérapeutiques qui ont été utilisés dans les observations que nous avons rapportées.

### A. **Pas de traitement ou traitements très insuffisants.**

**Obs.** II. Schwartz : Ankylose du poignet, main en griffe.
**Obs.** III. Schwartz : mort.
**Obs.** IV. Schwartz : mort.
**Obs.** V. Schwartz : mort.
**Obs.** VI. Schwartz : mort.

### B. **Drainage transarticulaire avec ablation du semi-lunaire.**

**Obs. VII.** Chaput : ankylose du poignet, main en griffe.
**Obs. VIII.** Chaput : amputation.
**Obs. IX.** Chaput : mort.
**Obs. X.** Chaput : ankylose du poignet, mouvements assez étendus des doigts.
**Obs. XVI.** Chaput : résultats inconnus.

### C. **Résection de la tête cubitale.**

**Obs. XII.** Pouliquen : bons résultats, poignet souple, résistant, mouvements très étendus des doigts.
**Obs. XIII.** Pouliquen : ankylose du poignet, mouvements assez étendus des doigts.
**Obs. XIV.** Pouliquen : Poignet assez souple, mouvements des doigts.
**Obs. XV.** Pouliquen : poignet et doigts complètement ankylosés.

### D. **Résection de la première rangée des os du carpe.**

**Obs. XVII.** Prof. Rocher : bons résultats, mouvements et force du poignet, mouvements étendus des doigts.
**Obs. XVIII.** Prof. Rocher : résection atypique de la première rangée. Résultat fonctionnel médiocre.

### E. **Résection totale du carpe.**

**Obs. XI.** Murard : bons résultats, force et souplesse du poignet, mouvements étendus des doigts.

Pendant la guerre, quelques auteurs ont publié des observations d'arthrites suppurées du poignet. Elles furent presque toutes traitées par la résection totale du carpe.

Deux cas se présentent :

Ou bien les malades ont été évacués immédiatement ou peu de temps après l'opération et les résultats fonctionnels sont inconnus.

Ou bien les résultats ont pu être constatés : dans l'ensemble ils ont été mauvais.

« Ayant compulsé avec mon maître Tuffier, dit Desfossés, » tous les dossiers de résection du poignet qui existaient en » 1918, à la commission consultative médicale, je n'ai pas pu » trouver un seul cas éloigné vraiment satisfaisant de résec- » tion du poignet. Ces dossiers concernaient les blessés des » premières années de guerre Peut-être les remarquables » progrès techniques réalisés dans la seconde période de la » guerre ont-ils modifié ces résultats ? »

Ces espoirs ne devaient malheureusement pas se réaliser.

## CONDUITE A TENIR

Sauver la vie.

Conserver le membre.

Tenter d'obtenir par l'intervention appropriée le meilleur fonctionnement possible de l'articulation affectée.

Tels doivent être et dans cet ordre d'urgence, les trois soucis du chirurgien auquel échoit la tâche de traiter une arthrite suppurée du poignet.

C'est au cours de l'intervention, avons-nous vu, que le chirurgien aura à prendre parti pour tel ou tel procédé opératoire approprié à l'étendue des lésions. De ce choix judicieux, de son habileté, des soins post-opératoires dépendront tous les résultats.

En cas d'arthrite suppurée, la résection de la tête cubitale, la résection partielle ou totale du carpe se font, non pas comme pour l'osteo-arthrite tuberculeuse pour éliminer un foyer d'ostéite mais, pour créer une cavité de drainage suffisante. Drainage, qui du fait même de la disposition anatomique des articulations du poignet, ne peut s'effectuer par simple ponction ou par arthrotomie. Pour créer cette cavité, le chirurgien dispose de trois procédés qui donnent tous de bons résultats fonctionnels, c'est entre eux qu'il aura à choisir.

**A l'étendue des lésions doit correspondre l'importance de la résection.**

### I. Traitement suivant l'âge

A. *Chez l'adulte.*

En présence d'une arthrite suppurée du poignet le chirurgien doit :

1° Faire immédiatement l'incision cubito-dorsale de Chassaignac, Kocher. Examiner l'étendue des lésions.

Si elles sont limitées : l'incision permettra de faire aussitôt la résection de la tête cubitale (Procédé de Pouliquen).

Si elles sont étendues : abandonner l'incision cubito-dorsale qui servira d'incision de décharge et

2° atteindre l'articulation par l'incision radio-dorsale de Lister, Bœckel, Langenbeck, Ollier.

Si l'infection est généralisée à tout le carpe, faire sans hésiter la résection totale qui seule assurera un drainage parfait, tout en étant compatible avec de bons résultats fonctionnels.

Se contenter de la résection de la première rangée des os du carpe si la cavité de drainage, ainsi créée, semble suffisante.

B. *Chez l'enfant.*

1° Traiter d'abord l'arthrite par l'arthrotomie. Si nous avons écarté ce procédé pour l'adulte, il trouve ici sa seule application.

2° En cas d'insuccès : résection de la première rangée des os du carpe.

3° Eviter autant que possible la résection totale.

4° Ecarter la résection de la tête cubitale.

### II. Traitement de l'arthrite suivant l'origine.

A. *En présence d'une arthrite suppurée du poignet consécutive à un phlegmon des gaines des fléchisseurs il faut :*

1° Inciser le phlegmon. Deux méthodes peuvent être utilisées.

La méthode de Lecène : classique en France : Incision médiane antibrachiale. Section du ligament annulaire anté-

rieur. Incision de la gaine radiale ou cubitale ou des deux si le phlegmon est total.

La méthode de Kanavel dans laquelle toutes les incisions partent du même principe. Elles sont latéralisées pour drainer la gaine au point déclive et empêcher la hernie du tendon entre les deux lèvres de l'incision. Elles sont brisées pour éviter les cicatrices rétractiles.

2° traiter l'arthrite.

B. *Arthrite suppurée du poignet consécutive à une plaie articulaire infectée.*

On ne saurait établir de différence entre le traitement des plaies articulaires infectées de guerre et celles de la pratique civile, car disait Lecène : « il n'y a pas de chirurgie de guerre, il y a la Chirurgie dont les principes doivent être appliqués avec sagacité suivant les circonstances. »

*a*) Plaies articulaires sans fracas osseux :

Débridement de la plaie, excision des tissus contus, puis traitement de l'arthrite.

*b*) Plaies articulaires avec fracas osseux :

Débridement et excision des tissus contus.

En cas d'arthrite suppurée avec lésions osseuses, l'infection intéressera le plus souvent tout le carpe, le traumatisme étant un excellent facteur de généralisation. La carpectomie sera toujours nécessaire, pour traiter l'arthrite, et les lésions osseuses.

### III. Traitement prophylactique des arthrites suppurées du poignet.

Si les phlegmons des gaines des fléchisseurs étaient largement incisés dès leur apparition, si les plaies articulaires étaient précocement nettoyées, épluchées, si le chirurgien n'était obligé parfois de perdre un temps précieux à discuter avec une famille pusillanime ou encore à convaincre un malade ignare : l'arthrite suppurée du poignet disparaîtrait à peu près totalement du cadre des affections.

## SOINS POST-OPERATOIRES

En 1914, Quénu préconisait l'immobilisation comme traitement des arthrites suppurées du poignet. Nous ne saurions recommander cette méthode qui, logiquement doit donner des résultats encore plus mauvais que ceux obtenus par la ponction ou par l'arthrotomie. Par contre, elle aura indiscutablement de bons effets pour les arthralgies et les arthrites séreuses.

L'immobilisation acquiert une valeur thérapeutique énorme lorsqu'elle est utilisée comme complément d'une résection. En aucun cas le chirurgien ne devra la négliger.

Une immobilisation du poignet vraiment efficace, ne peut être obtenue que par un appareil plâtré qui s'étendra depuis le coude jusqu'à la racine des doigts.

La position d'immobilisation de la main est particulièrement importante. Elle devra toujours être en extension, sa face dorsale faisant un angle de 120° avec la face postérieure de l'avant-bras. C'est la position « de fonction » optima en cas d'ankylose du poignet.

L'immobilisation durera deux à trois semaines, mais dès son début, les doigts seront massés et mobilisés très régulièrement. Le malade « jouera du piano » selon la recommandation d'Ollier. Les mouvements du pouce seront tout particulièrement surveillés.

La gymnastique du poignet ne sera entreprise qu'après l'ablation du plâtre.

Pour conclure :

L'immobilisation plâtrée du poignet, la mobilisation précoce des doigts sont les compléments indispensables d'une résection. Les bons résultats fonctionnels seront en rapport avec leur parfaite exécution.

« La chirurgie, a dit Desfossés, ne consiste pas à couper et à « recoudre. Tout bon chirurgien doit être doublé d'un bon « kinésithérapeute. »

## CONCLUSIONS

L'arthrite suppurée du poignet est rare. Elle complique presque toujours, soit un phlegmon des gaines des fléchisseurs insuffisamment ou trop tardivement incisé, soit une plaie articulaire mal traitée.

La partie la plus difficile du diagnostic consiste à déterminer la gravité de l'arthrite. Cette gravité est fonction de l'étendue des lésions.

La résection, la plus haute expression du drainage articulaire, en est le seul traitement efficace.

A l'étendue des lésions doit correspondre l'importance de la résection.

Résection de la tête cubitale.

Résection de la première rangée des os du carpe.

Résection totale du carpe.

L'immobilisation platrée du poignet, celle de la main en position de fonction, la mobilisation très précoce des doigts, seront indispensables si l'on veut un bon résultat fonctionnel.

**Vu :**
***Le Doyen,***
**Pierre MAURIAC**

**Vu, bon à imprimer :**
*Le Président,*
H.-L. ROCHER.

**Vu et permis d'imprimer :**
**Bordeaux, le 24 novembre 1934.**
***Le Recteur de l'Académie,***
**A. TERRACHER.**

## BIBLIOGRAPHIE


**Apert** et **Cambassadès**. — « Les arthrites purulentes aiguës aseptiques », *Presse Médicale*, nº 71, 26 nov. 1919.

**Auvray**. — *Bul. et Mém. Soc. Chir.*, Paris. 14 mars 1917, page 685.

**Bérard**. — « Résultats des résections faites par Ollier », *Soc. chir.*, Lyon, 28 juin 1930.

**Broca**. — *Chirurgie de guerre et d'après-guerre*, Paris, Masson et Cie, 1921.

**Buzby** (B.-F.). — « End results of carpalectomy », *Ann. Surg. Aug.*, 1928, p. 266.

**Cadenat**. — *Les voies de pénétrations des membres.*

**Caravetta**. — « L'arthrite purulente et son traitement chirurgical », *Ortopedia e traumatologia*, oct. 1932, fasc. 5.

**Chaput**. — « Traitement des arthrites suppurées du poignet par le drainage translunaire de l'articulation », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 28 janvier 1914, p. 109.

**Combier** et **Murard**. — « Etude sur la chirurgie de guerre du poignet. Indications opératoires d'après les résultats », *Revue Chirurgic.*, 1918, pages 1 à 48.

**Culmone** (Rome). — « Traitement des arthrites purulentes aiguës des grandes articulations », *Minerva Medica*, 18 août 1933, p. 215-222.

**Desfossés**. — « Résultats éloignés des résections du poignet », *Presse Médicale*, 14 juil. 1920, p. 893.

**Destot**. — « Poignet et rayons X », *Lyon Chir.*, 1921, p. 164-178.

**Ettore** (E.). — « Blessures du poignet », *Zentralbl. f. Chir.*, july 1934, p. 1698.

**Erlacher**. — « Suites éloignées des plaies articulaires directes », *Zentralblatt für chirurgie*, 1920, p. 327.

**Farabeuf**. — *Manuel opératoire : Résection du poignet.*

**Ferrero** (F.). — « Résection du carpe », *Arch. di. Ortop.*, décembre 1931, p. 881.

**Fieux**. — « Traitement des arthrites purulentes. Arthrostomie », *Presse médicale*, 9 mars 1918.

**Iselin**. — *Plaies des mains*, p. 132.

**Laporte**, **Bernardbeig** et **Bounhoure**. — « Arthrite purulente du poignet », *Toulouse Médical*, 15 avril 1933, p. 227.

**Lasserre** (C.). — « Résection partielle primitive du carpe pour coup de fusil reçu à bout portant. Bons résultats », *Gaz. Soc. Méd.*, Bordeaux, 1922, p. 235.

**Lecène** et **Huet**. — *Chirurgie des os et des articulations*, Masson, 1929, p. 211.

**Leidovici** et **Iselin**. — « Phlegmons des gaines carpiennes », *Journal de Chirurgie*, mars 1931, p. 358.

**Lenormant**. — « Sur l'arthroplastie du poignet », *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 1926, p. 311.

**Maisonnet** et **Rouvillois**. — *Maladies des articulations.*

**Martin** (A.). — « Plaies de l'articulation du poignet », *Paris Méd.*, 1921, p. 405.

**Murard**. — « De la résection du carpe combinée à la section du ligament annulaire antérieur dans le traitement de l'arthrite suppurée du poignet : complication d'un phelgmon de la gaine des fléchisseurs », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1921, p. 227.

**Netter**. — « Efficacité des injections intra-articulaires de sérum non spécifique dans les arthrites suppurées », *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921, p. 573.

**Nové-Josserand** et **Tuffier**. — « Sur les résultats fonctionnels des résections articulaires en chirurgie de guerre (1914-1918) », *Arch. de Méd. et de Pharm. Mil.*, août 1916, p. 145.

**Ollier**. — « *Traité des résections et des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le système osseux*, Masson, 1885.

**Pouliquen**. — « Traitement de l'arthrite purulente du poignet par la résection de la tête cubitale », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, juin 1932, p. 897.

**Putti**. — « Arthroplastie des articulations ankylosées », *Journal Chir.*, p. 394.

**Roederer** et **Dumoulin**. — « A propos des résultats éloignés des résections du poignet », *Presse Médicale*, 1920, p. 1204.

**Reich** (R.-S.). — « Traitement des arthrites purulentes », *The Journal of bone and joint Surgery*, juillet 1928.

**Sauvé** (L.). — « A propos du bactériophage », *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 5 mars 1930.

**Schwartz**. — Thèse de doctorat, 1878.

**Sigaud** et **Terray**. — Sur un cas d'arthrite traumatique du poignet consécutive à un travail prolongé à la perforatrice pneumatique », *Gaz. des Hôp.*, mars 1932, p. 357.

**Sorrel**. — « Tumeur blanche du poignet. Résection partielle. Guérison », *Soc. Chir.*, 1927, p. 952.

**Thierry** (Paul). — « A propos du bactériophage », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 6 mai 1931.

**Vallas**. — « Résection totale du carpe dans les ankyloses consécutives aux traumatismes », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1908.

**Willems**. — « Traitement de l'arthrite purulente par l'arthrotomie simple, suivie de mobilisation active immédiate. Technique et résultats », *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1918, p. 1098.

---

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.